Aus der chirurgischen Klinik in Kiel.

Über die Behandlung

der

tiefen Atheromcysten am Halse.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Eduard Regenbogen,

approb. Arzt aus Neuenhaus in Hannover.

Kiel, 1892.

Druck der »Nord-Ostsee-Zeitung.«

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0282

Aus der chirurgischen Klinik in Kiel.

Über die Behandlung

der

tiefen Atheromcysten am Halse.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doctorwürde

der medicinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Eduard Regenbogen,

approb. Arzt aus Neuenhaus in Hannover.

Kiel, 1892.

Druck der »Nord-Ostsee-Zeitung.«

Nr. 31.
Rektoratsjahr 1892/93.

Referent: Dr. **Fr. v. Esmarch.**

Druck genehmigt:
Völckers, Dekan.

Bei der Behandlung der Atheromcysten am Halse ist von jeher die Exstirpation derselben als die beste Methode empfohlen worden, und man hat stets die noch gültige Regel zu beobachten versucht, die Geschwulst möglichst intakt aus der Umgebung herauszuschälen. Man verkannte indessen nicht die Gefahren, welche zuweilen mit dieser radicalen Operation verbunden sind: „die Ausschälung", sagt der Göttinger Chirurg Richter,*) „der ganzen Geschwulst kann nicht immer stattfinden, weil sie zuweilen ganz unbeweglich und an grosse Gefässe fest angewachsen ist." In diesen Fällen spaltete man die Haut samt dem Sacke und liess letzteren durch Eiterung verzehren, zu deren Hervorrufung eine Menge von Mitteln empfohlen wurden, deren Aufzählung für uns kein Interesse haben dürfte. Die erweichte Cystenwand lösste sich dabei von der Umgebung los, ballte sich in einen Klumpen zusammen, wurde dann herausgezogen oder floss in Fasern aufgelöst mit dem Eiter ab. Dieses, besonders bei grossen Balggeschwülsten langwierige und unangenehme Verfahren versuchte man dadurch abzukürzen, dass man die Punction der Geschwulst mit einer dicken Nadel oder dünnem Troikart vornahm, den Inhalt abfliessen liess und eine Injection von reizender Flüssigkeit, wie Branntwein, Höllenstein oder Tinctur von spanischen Fliegen, vornahm, wodurch ebenfalls Eiterung und allmähliche Auflösung der Cystenwand erzielt wurde. In einigen Fällen hat man auch Verwachsung der Wände durch Compression der entleerten Geschwulst und somit Heilung entstehen sehen, doch scheint dies zu den Ausnahmen gehört zu haben, da die Encyclopaedie der medicinischen Wissenschaften, welche im Jahre 1830 von Busch, Graefe, Hufeland u. a. herausgegeben wurde, die eintretende Verwachsung der Cystenwände gleichsam als Curiosum erwähnt.

*) Anfänge der Wundarzneikunst, Göttingen 1799.

Die chirurgischen Lehrbücher*) vom Anfang und der Mitte unseres Jahrhunderts geben nächst der Excision die künstliche Vereiterung des Sackes als die am meisten erfolgreiche Behandlungsweise an. Indessen scheint Langenbeck die Punctions- und Injectionsmethode vor der Exstripation zuweilen versucht zu haben; er erwähnt zum Beispiel im ersten Bande seines Archivs auf Seite 14, dass nach Injection von Jodtinctur und später von concentrierter Höllensteinlösung eine reichliche Eiterung herbeigeführt wäre, eine Ausfüllung der Cyste mit Granulationen wäre nicht erfolgt, so dass er sich zur Exstirpation hätte entschliessen müssen.

Langenbeck ist auch derjenige gewesen, der aufs nachdrücklichste darauf hingewiesen hat, dass die totale Exstirpation von Geschwülsten am Halse bisweilen nicht nur unmöglich, sondern auch äusserst gefährlich ist. In seiner Abhandlung „Beiträge zur chirurgischen Pathologie der Venen“**) heisst es: „bei der Exstirpation von Geschwülsten am Halse kann die ausgedehnte Entblössung und Ablösung der mit der Geschwulst adhaerenten oder von denselben umfassten Venen oftmals nicht vermieden werden.“ In einem darauf mitgeteilten Fall ging die Bindegewebsscheide der vena ingularis in eine feste dickwandige Atheromcyste über und musste durch sorgfältigste Zergliederung von der Venenwand abgelösst werden.

In einem andern Falle wurde bei der Durchschneidung eines vermeintlichen Bindegewebsstranges an der Hinterseite der Cyste die vena ingularis verletzt und nur unter Beobachtung äusserster Vorsichtsmassregeln ist es dem Operateur gelungen, die Patientin zu erhalten, bei welcher schon 11 Jahre vorher Dieffenbach die Exstirpation der grossen Atheromcyste versucht, aber wegen der Anheftung sich mit der Entleerung des grützähnlichen Inhalts begnügt hatte.

Ebenso musste R. Wilms von der völligen Entfernung einer gänseeigrossen Geschwulst wegen zu fester Verwachsung derselben mit den Nachbarteilen absehen.

Auch anderweitig scheint die Behandlung der Atheromcysten am Halse mit Punction und Injection von Jodtinctur ausgeübt zu sein; so berichtete Froebius zu St. Petersburg 1865 von der

*) vgl. Cooper 1818, Chelius 1841, Wernher 1857, Busch 1860.

**) Archiv für Klinische Chirurgie, Band 1, 1860.

Heilung eines solchen Falles*): „Bei einem 6 Tage alten Mädchen fand sich auf der linken Seite des Halses eine von normaler Haut bedeckte fluctuierende Cyste, vom processus mastoideus bis zum os hyoideum reichend. Bei den innerhalb 6 Tagen zweimal vorgenommenen Punctionen füllte sich die Geschwulst schnell wieder und nach Injection einer wässerigen Jodlösung füllte sich die Geschwulst von neuem, nach Einspritzung von Wasser und Jodtinctur aber folgte eine bedeutende Entzündung des Sackes mit Fieber und Unruhe, nach 12 Tagen färbte sich die Geschwulst röthlich und am folgenden Tage entleerte sich aus der spontan wieder eröffneten Stichwunde eine geruchlose blutig-eitrige Flüssigkeit und mehr und mehr gutartiger Eiter, wobei die Geschwulstwandung derber und fester wurde und sich an den Grund mehr anlegte, so dass Heilung in kurzer Zeit eintrat.

Ferner empfiehlt Schede**) 1872 nächst der Exstirpation die Punction der Atheromcysten mit nachfolgender Injection von Jodtinctur als das beste Verfahren.

Roser sagt in seinem Handbuch der anatomischen Chirurgie v. J. 1875 über den betreffenden Punkt: »durch Eröffnen und Offenhalten wird der Sack zur Eiterung und Obliteration gebracht; man legt den Sack durch vorsichtiges Einschneiden gleich einem Bruchsack blos und eröffnet ihn unter sorgfältiger Vermeidung von Blutgefässen. Die Öffnung wird bis zur Stärke eines Fingers erweitert und muss gehörig, zuweilen durch Einlegen von Röhren freigehalten werden. Die Eiterung dauert oft monatelang, doch tritt stets die Obliteration der Cyste ein.«

Diese Behandlung empfiehlt Roser aber nur in den Fällen, welche der Einspritzungsmethode widerstehen und über diese heisst es in Roser's Handbuch folgendermassen: »Die Punction mit einem feinen Troikart mag zum Zweck genauerer Diagnose wohl unternommen werden; die Entleerung wirkt erleichternd, auf die Dauer hilft das Ablassen des Wassers mit dem Troikart nichts, da sich die Cyste bald wieder füllt. Um den Balg zum Verwachsen, zur Obliteration zu bringen, kann die Einspritzung von Jodtinktur nach Analogie des Wasserbruchs gute Dienste leisten. Man erreicht

*) St. Petersburger Medicinische Zeitschrift, Bd. 9 und Langenbeck's Archiv für Klinische Chirurgie, Bd. VIII, S. 499.

**) Langenbeck's Archiv für Klinische Chirurgie, Bd. XIV, S. 22.

damit öfters die Resorption, freilich nicht immer mit völliger Verschrumpfung des Knotens. In manchen Fällen musste die Einspritzung mehrmals wiederholt werden, ehe sich die Wirkung zeigte. Wenn man viel Jodtinktur anwendet, so kann eitrige Entzündung des Sackes entstehen und dadurch die Incision nöthig werden, man wird also lieber wiederholte Einspritzungen (zu 2—6 gr) machen, als dass man solche Entzündung riskierte.«

Ob von Roser Veröffentlichungen gemacht sind, nach denen die Behandlung der Atheromcysten am Halse von dauerndem Erfolg begleitet worden sind, konnte ich nicht in Erfahrung bringen, er hat aber jedenfalls der Angelegenheit ein lebhaftes Interesse entgegengebracht, denn auf dem vierten Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie (Berlin 1875) hat er die Anregung zu einer Discussion gegeben über die zweckmässigste Behandlungsweise der congenitalen Kiemengangscysten, wie Roser die Geschwülste mit Rücksicht auf die Aetiologie zuerst benannt hat. Im Anschlusse an diese Discussion hat nun Esmarch die Behandlung mit Punction und Injection von Jodtinctur oder Lugolscher Lösung dringend befürwortet.*) Esmarch weist zunächst die Einwendungen zurück, dass die Exstirpation immer eine leichte und ungefährliche Sache sei; sodann giebt er wohl zu bedenken, dass die nach der Exstirpation zurückbleibenden Narben keineswegs, vor allem dem weiblichen Geschlechte gleichgültig seien, während die Punctionsmethode höchstens eine unbedeutende Hautveränderung an der Einstichtstelle zurücklasse. Die Operation an sich nimmt nur sehr wenig Zeit in Anspruch, Narcose ist unnöthig, ferner ist höchstens eine Assiztenz erforderlich, bietet also auch in dieser Hinsicht Vorzüge vor dem Vorgehen mit dem Messer. Die Ausführung ist folgende: Mit einem feinen Troikart, wie er zur Operation der Hydrocele gebraucht wird, entleert man den Inhalt, sichert sich eventuell durch mikroskopische Betrachtung die Diagnose, dann macht man wiederholte Einspritzungen von einprocentiger Carbollösung, wodurch weisse von der Innenwand der Cyste abgelösste Bröckel von zusammengeballten Epithelmassen zum Vorschein kommen. Die Ausspülung wird fortgesetzt, bis das

*) Vortrag und Demonstration, gehalten am 4. Sitzungstage des IV. Congresses der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie am 10. April 1875, aufgenommen in Langenbeck's Archiv für klin. Chirurgie Bd. XIX. S. 224 ff.

Wasser klar abläuft, darauf werden 10—20 g einer Lugol'schen Lösung (von Jod und Jodkali ana 1,25 und 30 g Wasser) injiciert, welche durch leises Welgern überall mit der Innenfläche der Cystenwand in Berührung gebracht und nach einigen Minuten wieder herausgelassen wird. Eine Nachbehandlung ist überflüssig; die Cyste füllt sich zuerst, wie die Hydrocele nach der Jodinjection, rasch wieder und wird etwas schmerzhaft, hat sie sich innerhalb 6—8 Wochen nicht wesentlich verkleinert, so muss die Operation wiederholt werden. Darauf pflegt die Cyste mit Sicherheit zu schrumpfen, sodass nach einem halben Jahre nur noch noch ein kleines, kaum fühlbares Knötchen besteht und fernerhin die Heilung dauernd ist.

Esmarch legt grosses Gewicht auf die der Injection vorhergehende Ausspülung des Sackes, ein Verfahren, welches bis dahin andere Operateure nicht angewandt hatten, und dann betont er, dass man nur guten Erfolg erwarten dürfte, wenn man hinreichend Geduld beobachtete und keinen Anstand nähme, nach einer einmaligen erfolglosen Punction und Injektion eine Wiederholung des Verfahrens vorzunehmen. Die günstigen Resultate, welche Esmarch erzielt hat, stützen sich auf folgende Beobachtungen:

Fall I.

Mannesfaustgrosse schmerzhafte Atheromycyste der rechten Halsseite bei einem 22jährigen Mädchen (Catharina M.), seit 2½ Jahren entstanden, anfangs langsam, in letzter Zeit rapide gewachsen und sehr schmerzhaft geworden. Am 16. Mai 1858 Punction und Entleerung von ca. 300 g einer eiterähnlichen gelblichtrüben Flüssigkeit, in welcher das Mikroskop Epithelien und Eiterkörperchen nachweist; Injection von Lugol'scher Lösung.

Nach 14 Tagen Wiederholung der Punction und der Jodinjection nach vorheriger gründlicher Ausspülung der Cyste. Darnach allmähliche Verschrumpfung der Geschwulst bis zum völligen Verschwinden nach Verlauf eines Jahres.

Fall II.

Hühnereigrosse schlaffe Cyste in der rechten Submaxillargegend bei einem 5jährigen Knaben (Friedrich W.), seit 3 Jahren, erst langsam, in letzter Zeit rascher gewachsen. Am 24. August 1868 zur Feststellung der Diagnose Punction und Entleerung von

ca. 30 g einer braunen trüben Flüssigkeit, welche viel Plattenepithel und Cholestearin enthält. Am 4. November wird die Cyste, die sich bald wieder gefüllt hatte, aufs Neue punctirt und dieselbe Quantität einer bräunlichen klaren Flüssigkeit entleert, welche diesmal viel weniger Cholestearin und Epithel enthält als zuvor. Darnach Injection von Jodlösung. Am 9. November ist die Geschwulst bedeutend kleiner nnd härter geworden, weshalb Pat. entlassen wird. Am 30. November wird Pat. wieder gebracht, weil die Cyste sich wieder gefüllt hat und noch grösser geworden ist. Die Punction entleert eine röthliche Flüssigkeit, welche ausser zahlreichen Blutkörperchen keine Formelemente enthält. Der Sack wird wiederholt mit carbolisiertem Wasser ausgespült und darauf Lugol'sche Lösung eingespritzt, welche 10 Minuten darin bleibt. Am 3. Tage war die Cyste wieder stark gefüllt, am 6. Tage hatte sie sich schon sichtbar verkleinert. Nach einem halben Jahre wird das Kind wieder vorgestellt; von der Cyste war keine Spur mehr zu fühlen.

Fall III.

Gänseei grosse Atheromcyste in der rechten oberen seitlichen Halsgegend bei einem 20jährigen Mann (Carl S.) seit $^5/_4$ Jahren allmählich gewachsen. Am 3. März 1873 Punction, Entleerung einer gelblichen mit weisslichen bröcklichen Massen vermischten Flüssigkeit, welche reichliche Epithelzellen enthält. Nach wiederholter Ausspülung mit Carbolwasser wird die Jodinjection gemacht. Als sich Pat. am 24. April (nach 8 Wochen) wieder vorstellt, ist die Geschwulst verschwunden.

Fall IV.

Schwanenei grosse Atheromcyste der rechten Halsseite bei einem 28jährigen Mann (Friedrich W.), seit einem halben Jahre allmählich entstanden. Am 1. Mai 1874 erste Punction, Ausspülung und Jodinjection. Am 12. Mai Wiederholung derselben Procedur. Am 13. Mai ist die Cyste fast ganz verschwunden; nach einem halben Jahre schickt der Patient seine Photographie mit der Nachricht, dass von der Geschwulst nichts mehr zu fühlen sei.

Die Esmarch'sche Abhandlung blieb nicht ganz unbeachtet, denn bereits im folgenden Jahre konnte Dr. Bidder in Mannheim die Esmarch'schen Beobachtungen vollauf bestätigen. Es handelt

sich dabei um eine 25jährige Patientin, welche in ihrem 12. Jahre am Hals dicht über dem Sternum eine kleine Geschwulst bemerkt hat, die seit 11 Jahren allmählich gewachsen ist und nun in der Höhe 6 cm, in der Breite 7 cm misst. Probepunction lässt Atherombrei als Inhalt erkennen; Entleerung von 400 g weisslich trüber Flüssigkeit, Auswaschung des Sackes, Injection von 15% Lugol'scher Lösung, nach Hin- und Herbewegen derselben Herauslassung, Auftreten gelinder Entzündungserscheinungen während des ersten Tages, eine Wiederansammlung der Flüssigkeit erfolgte in diesem Falle nicht, nach zwei Monaten war definitive Heilung zu constatieren.

Im übrigen scheint die Behandlung der Atheromcysten am Halse mit Punction und Jodinjection, welche Esmarch angegeben hat, ein Allgemeingut der Chirurgen nicht geworden zu sein. Bardeleben z. B. empfiehlt die Incision mit Drainage; das Hueter-Lossen'sche Lehrbuch sagt: «am sichersten ist immer die Exstirpation des Cystenbalgs, eine allerdings schwierige und nicht immer ungefährliche Sache; es kann allerdings die Punction mit nachfolgender Jodinjection versucht werden, womit Esmarch mehrere gute Erfolge erzielt hat.»

Tillmanns hält ebenfalls die Exstirpation der congenitalen Epithelcysten für die beste Behandlungsweise; die Punction mit nachfolgender Injection von Jodlösung ist nach ihm bei weitem nicht so sicher.

König hält ebenfalls die Excision für die einzig radicale Behandlungsweise; Esmarch hat hingegen seine Methode weiter verfolgt und seit dem Jahre 1875 sind in der chirurgischen Klinik zu Kiel alle Atheromcysten des Halses mit Punction und Injection von Jodlösung behandelt und der Verlauf gestaltete sich folgendermassen:

Fall 1.

Bei einem 27jährigen Patienten (Hans T.) an der linken Seite des Halses eine Kinderfaust grosse Geschwulst, seit einem halben Jahre entstanden, vom processus mastoidens bis 6 cm unterhalb des angulus mandibulae reichend, dieselbe ist anscheinend in der Tiefe adhaerent, die Haut ist darüber verschieblich, weder gerötet noch geschwollen. Der Tumor verursacht auch auf Druck keine Beschwerden, zeigt deutliche Fluctuation, ist 11 cm lang, 8 cm breit, der grösste Halsumfang beträgt 46 cm.

Am 5. Februar 1875 Punction, Entleerung von ca. 100 cbcm einer gelblichen trüben Flüssigkeit, Reinigung mit Carbolwasser, Injection von Lugol'scher Lösung, die zum Teil wieder herausgelassen wird. In den ersten 3 Tagen werden Temperatursteigerungen ohne erhebliche Störungen des Allgemeinbefindens constatiert: am ersten Tage morgens 38,4, abends 39,4, an den beiden folgenden Tagen abends 38,7. Dabei nimmt die Geschwulst wieder ihre frühere Grösse an, bald darauf tritt Abschwellung ein und Patient wird am 13. Februar entlassen.

Im Februar 1892 macht Patient die Mittheilung, dass die Geschwulst bald nach seiner Entlassung aus dem Krankenhause allmählich verschwunden und bis dahin nicht wiedergekehrt sei.

Fall II.

Seit 8 Jahren hat Patientin, eine 18jährige Köchin, (Emma R.) eine Geschwulst in der rechten Halsgegend, welche mit Jodeinreibungen und innerlichem Gebrauch von Jodkali erfolglos behandelt ist. Am 25. Februar 1875 wird auf der chirurgischen Klinik in Kiel eine die ganze rechte Halsseite einnehmende Geschwulst, 15 cm lang, 12 cm breit constatiert, welche sich beim Schlucken mit dem Kehlkopf bewegt; an der linken Halsseite befindet sich eine zweite weniger umfangreiche Cyste. Am 26. Februar Punction beider Cysten, wobei reichlich bräunlich trübe Flüssigkeit entleert wird, welche Plattenepithelien und Cholestearinkrystalle enthält. Bei der Ausspülung mit 2,5procentiger Carbollösung kommt ein wenig untermischtes Blut zu Tage, die Auswaschung wird fortgesetzt, bis die Flüssigkeit klar abläuft, dann wird Lugol'sche Lösung injiciert und der grösste Teil derselben wieder abgelassen.

Auch in diesem Falle tritt ohne sonstige Störungen in den ersten 3 Tagen Temperaturerhöhung ein (morgens auf 39,2 °, abends auf 40,2 °). Am 4. März, nachdem die Cysten sich zwar anfangs bis auf ihr früheres Volumen wieder gefüllt haben, dann aber eine allmähliche Schrumpfung eingetreten ist, wird die Patientin entlassen.

Die Verkleinerung der Cysten hat bis auf vollständiges Verschwinden zugenommen und die Affection ist bis zu dem 10. Jahre nach der Operation erfolgten Tode der Patientin nicht wiedergekehrt, wie die Angehörigen berichten.

Fall III.

Enteneigrosse Geschwulst hinter dem linken Unterkieferwinkel, die von Jugend auf bei der jetzt (Sommer 1877) 27jährigen Patientin (Frau Emma F.) in Wallnussgrösse bis zum Herbst des vorigen Jahres bestanden hat. Seitdem hat eine allmähliche Grössenzunahme ohne Beschwerden stattgefunden. Der Tumor fluctiert deutlich und hat, wie die mikroskopische Betrachtung einer Probepunctionsflüssigkeit lehrt, atheromatösen Inhalt. Am 27. Juli 1877 Punction und Entleerung von 30 gr einer gelblichen leicht beweglichen Flüssigkeit mit zahlreichen kleinflockigen Beimengungen. Nach Ausspülung mit $2^1/_2$procentiger Carbollösung und Injection von Lugol'scher Lösung wird ein Druckverband angelegt; am andern Tage hat sich die Cyste zur Hälfte wieder gefüllt, Schmerzen und Fiebererscheinungen sind indess nicht aufgetreten; Entlassung der Patientin daher bereits am zweitfolgenden Tage.

Die Geschwulst ist in den 3 folgenden Jahren, welche die Patientin noch lebte, nicht recidiviert, wie der Mann mir mitteilt.

Fall IV.

Bei einem 24jährigen Hausknecht (Friedrich B.) besteht im November 1881 in der Mitte des Halses eine gänseeigrosse prallelastische Geschwulst, die mit dem Zungenbein und dem Kehlkopf fest verwachsen ist. Dieselbe hat in letzter Zeit bedeutend an Grösse zugenommen und soll, soweit dem Patienten erinnerlich ist, stets als wallnussgrosser Tumor oberhalb des Kehlkopfes vorhanden gewesen sein. Punction und Herausbeförderung mittels Fingerdrucks eines graugelblichen Breies, darnach Ausspülung mit Borwasser und Injection von Jodtinctur am 8. November. Unter einem Verbande von Jodoformwatte und Heftpflaster tritt ein reactionsloser Wundverlauf ein; der Patient wird am 15. November entlassen, als die Cyste sich freilich beinahe wieder bis zu ihrer früheren Grösse gefüllt hat.

Nach reichlich 10 Jahren teilt der Patient auf eine diesbezügliche Anfrage mit, dass von der Geschwulst nichts mehr nachzuweisen sei.

Fall V.

Schmerzlose schwaneneigrosse Atheromcyste an der rechten oberen Halsseite, die vor 8 Jahren als haselnussgrosse Geschwulst rechts neben dem Kehlkopf bemerkt ist. Die Cyste ergiebt das

Gefühl der Fluctuation und ist nicht durchscheinend; der grösste Halsumfang beträgt 38 cm. Am 26. Juli 1887 wird bei der 54jährigen Patientin (Maren L.) die Punction vorgenommen, wobei 300 g einer hellen serösen Flüssigkeit entleert werden. Nach Ausspülung der Cyste mit Borwasser, Injection von Lugol'scher Lösung und reactionslosem Verlauf wird Patientin am 10. Tage nach der Operation entlassen; eine Wiederanfüllung der Cyste hat sich aber in diesem Falle nicht eingestellt (vgl. die Mitteilung von Bidder) und auch ist ein Recidiv innerhalb der nächsten 4½ Jahre nicht eingetreten.

Fall VI.

Bei einem 33jährigen Arbeiter (J. K.) befindet sich an der rechten Halsseite eine straussneigrosse Geschwulst (19 cm lang, 13 cm breit), welche bis zur Mittellinie reicht, schmerzlos ist und sich weich elastisch fluctuierend anfühlt. Die Cyste besteht seit 9 Jahren, ist in den beiden letzten Jahren sehr schnell gewachsen, hat den Kehlkopf nach links gedrängt und hat Stauungserscheinungen in der rechten Gesichtshälfte hervorgerufen (Cyanose der rechten Wange, Hyperaemie der Coniunctiva); ausserdem sind die rechtsseitigen Halsdrüsen etwas geschwollen. Am 11. November 1887 nach einer Punction Entleerung von ca. 300 ccm einer gelbbräunlichen klaren Flüssigkeit, Ausspülung mit Borwasser, Injection von Lugol'scher Lösung und Application eines Heftpflasterverbandes. Am 14. November ist die Cyste bis auf ein Drittel ihrer früheren Grösse wieder gefüllt, unter einem Druckverband tritt aber schnelle Resorption ein, so dass Patient am 25. November entlassen wird.

Nach reichlich 4 Jahren teilt der Patient mit, dass die Cyste vollständig verschwunden sei und sich nicht wieder eingestellt habe.

Fall VII.

Patient, Schneider Gustav E. aus Br., bemerkt seit Mai 1891 eine kleine Geschwulst an der rechten Halsseite; Einreibungen von Salben vermochten das Wachsthum nicht aufzuhalten; als nach 8 Monaten der Tumor in der Länge auf 11 cm und 7 cm in der Breite angewachsen war, ohne dass jedoch Beschwerden infolge dessen eintraten, begab sich P. zur chirurgischen Klinik in Kiel, wo der Geschwulst durch Probepunction eine milchige Flüssigkeit entnommen wird, deren Trübung durch Epithelzellen, Fetttröpfchen und Cholestearin-Krystalle hervorgerufen wird.

Punction am 14. Januar, wobei 40 g Inhalt entleert werden, Ausspülung mit Borsäurelösung und darnach mit Lugol'scher Flüssigkeit. Der Verlauf der Operation ist fieberfrei, die Füllung der Cyste am 22. Januar beträgt etwa die Hälfte des früheren Volumens und der Patient wird entlassen.

Nach Verlauf von 4 Monaten wird die gründliche Ausheilung der Geschwulst mitgeheilt und es steht wohl der Annahme nichts entgegen, auch diesen Fall als definitiv geheilt anzusehen.

Fall VIII.

Faustgrosse Atheromcyste (hinter dem linken Unterkieferwinkel) die ganze obere linke Halsseite einnehmend, bei einem jungen Mädchen (Anna B.), welche die Geschwulst vor einem Jahre in Haselnussgrösse hinter dem Kieferwinkel bemerkt hat. Der Tumor ist durch Compression nicht zu beseitigen, verursacht auf Druck sowie bei Bewegung des Kopfes und Unterkiefer keine Beschwerden, die Haut ist darüber verschieblich und normal.

Am 3. März 1875 Punction und Entleerung einer erbsensuppenähnlichen Flüssigkeit, Ausspülung mit Carbolwasser, Injection von Lugol'scher Lösung und Druckverband. Bei einem fieberfreien Verlauf ist am zweiten Tage nach der Procedur die Cyste annähernd wieder bis zu ihrer früheren Ausdehnung gefüllt, nach 8 Tagen hat aber der Tumor nur noch Wallnussgrösse, und die Patientin wird mit der Weisung entlassen, wiederzukommen, wenn die Geschwulst bis Ende Juli noch nicht ganz geschwunden sei. Dieser Aufforderung ist die Patientin nicht nachgekommen, auch ist eine diesbezügliche Anfrage nach 17 Jahren erfolglos geblieben, doch sind wir auch in diesem Falle nach Analogie gleichartiger Krankheitsgeschichten zu der Annahme einer definitiven Ausheilung vollkommen berechtigt.

Wir haben also in diesen acht Fällen nicht minder gute Resultate zu verzeichnen als in denen, welche Esmarch im Jahre 1875 zur Nachahmung empfohlen hat, und es scheint mir das von Esmarch modificierte Verfahren bei der Behandlung der Atheromcysten am Halse mit Punction und Jodinjection durchaus geeignet zu sein, die Exstirpation jener Geschwulste völlig zu verdrängen, welch' letztere Operation ja viel weniger leicht und schnell ausführbar ist und auch eine ungleich aufmerksamere Nachbehandlung erfordert.

Anhang.

Im Anschlusse an die mehrfach bewiesene erfolgreiche Behandlung der Atheromcysten am Halse mit Punction und Injection von Jodlösung möchte ich eine gleichartige Behandlung von denjenigen Geschwülsten am Halse erwähnen, welche Blut statt der serösen oder atheromatösen Flüssigkeit zum Inhalt haben, jedoch nicht als Gefässectasien aufzufassen sind, sondern genau wie die meisten Atheromcysten an den den Kiemenspalten entsprechenden Stellen zum Vorschein kommen, nicht durch Druck zum Verschwinden gebracht werden können, das Gefühl der Fluctuation geben, welche kurzum Geschwülste sind, welche sich vor der Punction in nichts von den Atheromcysten unterscheiden. Diese Blutcysten füllen sich nach der Punction nur langsam und werden durch die Injection von Jodtinctur oft zur dauernden Verödung gebracht.*)

So sah Schede in der Billroth'schen Klinik zu Zürich eine hühnereigrosse Cyste an der linken Halsseite bei einem $3^1/_2$jährigen Mädchen. Dieselbe entleerte bei der Punction unverändertes Blut; nachdem sie sich in 14 Tagen wieder gefüllt hatte, wurde sie von neuem punctiert und durch eine nachfolgende Jodinjection dauernd geheilt.

Ein ganz analoger Fall wurde im Jahre 1868 in der Halleschen chirurgischen Klinik beobachtet, der auch ein 3jähriges Mädchen und die obere linke Halsseite betraf. Die Cyste war prall gefüllt, durch Druck nicht zu verkleinern, die Punction ergab einen rein blutigen Inhalt. Als der Balg sich in einigen Wochen wieder gefüllt hatte, wurde durch Jodinjection rasche Heilung erzielt.

Ein weiter dahin gehörender Fall findet sich in den Krankengeschichten der chirurgischen Klinik zu Kiel: Bei einem 8 Monate

*) Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie, Bd. XIV, S. 20.

alten Kinde befindet sich seit der Geburt eine Schwellung der rechten Unterkiefergegend, welche sich allmählich vergrössert hat und anscheinend druckempfindlich ist. Sie reicht zur Zeit (26. October 1881) bis fast an's Kinn, nach hinten bis an den Kieferwinkel, nach oben und unten verliert sie sich allmählich, ist hart, verschieblich, fluctuierend, und der Inhalt ist nicht fortdrückbar. Am 28. October wird bei einer Punction dunkelrothes Blut entleert, desgleichen bei einer zweiten Punction am 3. November, wobei aber das Blut dicker ist und träger fliesst. Statt Lugol'scher Lösung wird zur Ausspülung Chlorzinklösung verwendet und die Patientin bis auf weiteres entlassen. Ob zu dieser Zeit die Cyste oder ein Theil derselben noch bestanden hat, ist aus der Krankheitsgeschichte nicht ersichtlich, eine Nachfrage aber nach Verlauf von reichlich 10 Jahren ergiebt die Auskunft, dass dieselbe bis auf etwa Haselnussgrösse verschwunden sei und keine Neigung zum Wachsthum zeige; eine erneute Inangriffnahme mit Punction, Ausspülung und Injection von Lugol'scher Lösung dürfte vielleicht ebenfalls Radicalheilung bewirken.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrath von Esmarch für die Ueberlassung des Materials und für die gütige Durchsicht meiner Arbeit meinen besten Dank zu sagen.

Lebenslauf.

Ich, Johann Eduard Regenbogen, wurde als Sohn des weil. Kaufmanns Diedrich Regenbogen am 16. December 1866 zu Neuenhaus in Hannover geboren, besuchte bis Michaelis 1878 die evangelische Volksschule und bis Ostern 1883 die höhere städtische Schule meines Geburtsortes. Von da an war ich auf dem Gymnasium Georgianum in Lingen, welches ich Ostern 1887 mit dem Zeugniss der Reife verliess, um in Leipzig Medicin zu studieren. Im Ostertermine 1889 bestand ich daselbst die ärztliche Vorprüfung, wandte mich für das darauf folgende Sommersemester nach Freiburg und Michaelis desselben Jahres begab ich mich zur Vollendung meiner Studien nach Kiel. Hier bestand ich im Wintersemester 1891/92 das medicinische Staatsexamen und am 12. Februar 1892 machte ich das examen rigorosum. Meiner Militairpflicht mit der Waffe genügte ich in meinem ersten Semester bei der 11. Comp. Braunschweigischen Infanterie-Regiments Nr. 92 zu Blankenburg am Harz; seit dem 1. April 1892 diene ich als einjährig-freiwilliger Arzt im 1. Hannoverschen Infanterie-Regiment Nr. 74.